1894
Lane Medical Library

ÜBER DEN ERSATZ DER CIRCULÄREN DARMNAHT.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE

VORGELEGT EINER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT ZU LEIPZIG

UND VON DERSELBEN ZUM DRUCK GENEHMIGT

AM 18. OCTOBER 1894

VON

IGNATZ MAĆKIEWICZ,

APPROB. ARZT

AUS POSEN.

POSEN.

SELBSTVERLAG DES VERFASSERS.

Gedruckt bei P. Krzyżankiewicz.

1894.

SEINEN TEUREN ELTERN

IN LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

I.

Die Chirurgie der Bauchhöhle gehört den letzten zwanzig Jahren an. Es wurden schon in früheren Zeiten operative Eingriffe in die Bauchhöhle gemacht, jedoch nur als eine ultima ratio oder zufällig bei Verletzungen derselben mit sehr wechselndem, meist ungünstigen Erfolge. Erst unter dem Schutze der Antisepsis und später der Asepsis, sowie mit Vervollkommnung der Operationstechnik ist die Chirurgie der Bauchhöhle zu ihrer heutigen Entwickelung gelangt zum Heil und Segen der leidenden Menschheit. Durch eine Operation in der Bauchhöhle sind bereits viele Menschen dem sicheren Tode entronnen. Ihre Anzahl könnte noch beträchtlicher, und die Erfolge noch glänzender sein, wenn man, sobald die Diagnose feststeht, nicht mit zwecklosen Manipulationen und Anwendung vorübergehend wirkender Mittel, die für eine Operation günstigste Zeit zubrächte, sondern die Kranken sobald wie möglich dem Chirurgen überwiese. Die Schuld hieran trifft weniger den Arzt als die Kranken selbst. Die Laien haben an und für sich gewisse Abneigung gegen jede Operation; solche Eingriffe aber, wie die Eröffnung der Bauchhöhle, hielten sie für absolut tötlich. Es bedarf deshalb häufig grosser Standhaftigkeit seitens des

Arztes, den Patienten rechtzeitig zu einer Operation zu bewegen; oder die Kranken müssen erst unerträgliche Schmerzen erlitten und die Überzeugung gewonnen haben, dass die bis jetzt von ihnen angewendeten Mittel nicht den ersehnten Erfolg hatten, und dass sie nur das Messer eines Chirurgen von ihrem Leiden erlösen kann. Es wird nun die erforderliche Operation gemacht. Man überzeugt sich dann sehr häufig, dass dieselbe keine radikale mehr, sondern nur eine Palliativoperation sein kann; oder aber, wenn es auch gelingt, das Übel wirklich zu beseitigen, die Patienten gehen an Erschöpfung zu Grunde. Es darf deshalb nicht Wunder nehmen, wenn die Statistik der Bauchoperationen noch so hohen Prozentsatz von Todesfällen aufzuweisen hat. Dieselben fallen jedoch heutzutage nicht mehr dem operativen Eingriff selbst zur Last, sondern nur den Umständen, unter welchen derselbe ausgeführt wurde. Eine Operation mit Eröffnung der Bauchhöhle können veranlassen:

1) penetrierende Wunden der Bauchhöhle;
2) Unwegsamkeit des Magen-Darmkanals;
3) Geschwülste der Bauchhöhle;
4) subkutane Zerreissung oder Perforation der Magen- oder Darwand durch ein Geschwür;
5) unstillbare Blutungen beim runden Magengeschwür.

Bei der unter 1) genannten Indikation ist das Operationsverfahren durch die Verletzung selbst angezeigt; die wegen der unter 4) und 5) angeführten Indikationen operierten Fälle sind bis jetzt in der Literatur noch sehr spärlich vertreten. *Rydygier*, welcher mit *Billroth*, *Czerny* u. a. auf dem Gebiete der Magenchirurgie bahnbrechend gewirkt hat, resecierte in mehreren Fällen sowohl bei Perforation der Magenwand durch ein Geschwür nach der Bauchhöhle,

als auch bei unstillbarer Magenblutung infolge von Ulcus rotundum den erkrankten Magenteil, schloss die Wunde durch Nähte und erzielte damit günstige Erfolge. Einen Fall von Darmresektion infolge von Perforation der Darmwand durch ein Geschwür mit gutem Ausgange hat *Mikulicz* zu verzeichnen. Dieser Autor operierte einen Kranken wegen Unwegsamkeit des Darmes. Während der Operation stellte es sich heraus, dass hier Peritonitis infolge Darmperforation durch ein Geschwür — wahrscheinlich typhöser Natur — vorlag. Er schnitt das Geschwür heraus, schloss die Öffnung durch Nähte, reinigte möglichst sorgfältig die Bauchhöhle, und Patient genas. Nicht weniger entschlossenes und rasches Eingreifen erfordert die plötzlich eingetretene Unwegsamkeit des Darmes. In solchen Fällen schreitet die Krankheit bekanntlich mit Riesenschritten vorwärts, und ohne rasche chirurgische Hilfe lässt der Exitus letalis nicht lange auf sich warten. Man kann zwar durch Klysma und Magenpumpe die Durchgängigkeit wiederherzustellen versuchen. Unleugbar bringen diese Massnahmen im Verein mit Opiaten Erleichterung den Patienten. Sehr selten, fast nie, wird das Hindernis beseitigt, und man hat die Versuche auf Kosten der Patienten gemacht. In solchen Fällen ist Rettung nur von der operativen Chirurgie zu erwarten. Was die Geschwülste der Bauchhöhle, sowie die eventuell daraus resultierenden Strikturen des Darmes betrifft, so erfordern dieselben, da sie nicht augenblicklich das Leben gefährden, weniger rasches Vorgehen; jedoch ist auch in diesen Fällen wegen der Möglichkeit der Metastasen die Operation nicht zu lange aufzuschieben.

II.

Ist nun die Kontinuität des Magen-Darmkanales sei es durch Verwundung, sei es zwecks einer Operation an irgend einer Stelle unterbrochen, so ist naturgemäss die Wiedervereinigung der durchtrennten Darmteile erforderlich. Dieselbe erfolgt seit jeher durch die Darmnaht. Die älteste Art der Darmnaht ist die Naht der vier Meister. Sie beruht auf der direkten Vereinigung der Wundränder und gleicht in der Ausfürung der Naht der äusseren Haut. Später wurde dieselbe etwas modificiert, indem die vorspringenden Schleimhauträndер vor der Vereinigung abgetragen wurden. Die Naht der vier Meister erwies sich jedoch in der Praxis als unzureichend, da schon beim geringen Steigen des Druckes innerhalb der Intestina die Wundränder auseinanderwichen, und somit immer die Gefahr der Entleerung des Darminhaltes nach der Bauchhöhle vorlag. Dieser Übelstand veranlasste *Lembert* auf eine Naht zu sinnen, welche eine sichere Vereinigung der Wundränder gewährte, wobei ihm die schon damals bekannte Neigung des Peritonemus zur adhaesiven Entzündung sehr zu Nutze kam. Das Prinzip der *Lembert'schen* Naht ist die Herstellung möglichst breiter Contaktflächen der Serosa. Sie ist einfach in der Ausführung, sicher im Erfolge und bildet bis jetzt den Hauptbestandteil der heute gebräuchlichen Naht. Da jedoch vor der antiseptischen Zeit die Nähte entfernt werden mussten, was wiederum ein teilweises Offenlassen der Bauchwunde erforderte, so trat man bald mit neuen Vorschlägen hervor, welche diesen Nachteil beseitigen sollten. *Bobrik* empfahl seine Klammernaht, *Bérenger-Féraud* seine Kammnaht, bei welchen beiden das Nähmaterial nach dem Darmlumen sich

abstossen und mit dem Stuhle entleert werden sollte; *Reybard* schlug vor, die Darmwunde dadurch zu schliessen, dass man die Serosa des Darmes mit dem Bauchfallüberzuge der Bauchdecken verwachsen liess. Diese eben genannten Methoden, sowie die complicierte Steppnaht von *Gély* und das von *Bouisson* angegebene Verfahren vermochten sich jedoch in der Chirurgie nicht einzubürgern und haben heute nur noch ein historisches Interesse. Zur Vereinigung der total quergetrennten Darmstücke schlug *Lembert* ebenfalls seine Naht vor, doch wurde dieselbe hier bald durch eine Modifikation *Jobert's* verdrängt. *Jobert* trennte an beiden Darmenden das Mesenterium eine kurze Strecke ab, invaginierte das untere Ende, schob das obere Darmstück in dasselbe hinein und befestigte dann dieselben mit zwei Fadenschlingen an einander. Auf diese Weise erreichte er recht breite Contaktflächen. Statt der Fadenschlingen benutzte *Denans* drei Metallringe. Er legte in jedes Darmende je einen hinein, krämpte die Wundränder ein und schob diese beiden samt den invaginierten Darmteilen über den dritten Metallring von etwas kleineren Durchmesser. Zum Schluss wurden die drei Ringe mit einem Faden auf einander befestigt. Diese Ringe sollten sich ebenfalls nach dem Darmlumen abstossen und mit den Fæces abgehen.

Mit Einführung der Antisepsis, welche das Einheilen des Nähmaterials ohne Reizerscheinungen ermöglichte, somit die Entfernung desselben und in weiterer Folge das Offenlassen der Bauchwunde überflüssig machte, wurden alle Modifikationen der *Lembert'schen* Naht fallen gelassen; und die *Lembert'sche* Naht kam in ihrer ursprünglichen Form wieder zur Anwendung. *Gussenbauer* kombinierte die Naht der vier Meister mit der *Lembert'schen* in Form seiner „Achternaht";

Czerny that dasselbe und bildete die „Etagennaht“, *O. Madelung* konstruierte sich seine Plattennaht. Eine eingehende Beschreibung der genannten Methoden zu geben, würde uns hier zu weit führen; ich will nur bemerken, dass alle drei sowohl longitudinal, als auch circulär angelegt werden können.

III.

Gegen die circuläre Darmnaht, welche bei totaler Quertrennung des Darmes im Wesentlichen nach Angabe *Czerny's* ausgeführt wird, trat im Jahre 1887 *Senn* auf und hob als ihre Nachteile hervor: die lange Zeit, welche zu ihrer Ausführung erforderlich ist, die grosse Anzahl der Nähte, Möglichkeit der Nekrose des Darmes u. a. Er empfahl deshalb dieselbe zu verwerfen und durch Anastamosenbildung zu ersetzen. Zu dieser Operation bediente sich *Senn* durchbohrter, entkalkter Knochenplättchen. Dieselben haben eine elliptische Form und in ihrer Mitte eine ebensolche Öffnung, welche ein Drittel ihres Umfanges beträgt. In der Nähe der Öffnung befinden sich vier Löcher zum durchführen von ebensoviel Doppelfäden. Die beiden Fäden, welche dem kleinen Durchmesser der Öffnung entsprechend angebracht sind, sind mit je einer Nadel armiert. Nach Schluss der resecierten Darmenden werden die Darmschlingen, welche mit einander anastomosieren sollen, parallel neben einander gelegt, und auf der Convexität beider je ein Schnitt von 5—6 cm. Länge geführt. Durch diesen werden die Knochenplättchen in das Darmlumen eingeführt. Die mit Nadeln versehenen Fäden werden jetzt durch die Darmwand, dicht am Wundrande, geführt, und hierauf die einander entsprechenden Fäden beider Plättchen mit einander gebunden. Zur Sicher-

heit wird noch um die Plättchen herum eine fortlaufende, die *Serosa* fassende Naht angelegt, und die Operation ist beendet. Ähnlich verfährt auch *Baracz* verwendet aber vegetabilische Platten.

Das Verfahren von *Senn* hat sich in der Praxis nicht bewährt. Die Anastomosenöffnung ist kaum 2—3 cm. gross, also offenbar unzureichend. Sind die Knochenplättchen zu hart, und die Fäden zu fest gebunden, so entsteht leicht Druckgangrän; sind dieselben zu weich, so nützen sie gar nichts. Endlich ist noch die Möglichkeit der Obliteration der Öffnung nicht ausgeschlossen, was *Senn* selbst in einem Falle beobachtete. Infolge dieser Nachteile, sowie des abfälligen Urteiles, welches einige Autoren auf Grund ihrer experimentellen Arbeiten über die Methode *Senn's* gefällt haben, verwarf man dieselbe und zog den Wert der Anastomosenbildung überhaupt in Zweifel. Obgleich auch *H. Braun* nicht alle von *Senn* der circulären Darmnaht gemachten Vorwürfe für stichhaltig hielt und nur die lange Dauer der Operation, sowie die grosse Anzahl der Nähte einräumte, so nahm er dennoch den Gedanken *Senn's* wieder auf, um festzustellen, ob die Anastomosenbildung als Ersatz der circulären Darmnaht überhaupt und für welche Fälle dieselbe zweckmässig sei. *Braun* operiert auf folgende Weise: er invaginirt die resecierten Darmenden und schliesst dieselben blind durch eine doppelte Nahtreihe. Darauf legt er die Darmschligen in der Länge von etwa 9 cm. neben einander und vereinigt die Berührungsflächen durch oberflächliche, Serosa und etwas Muscularis fassende Nähte. Er legt besonders Wert auf eine genaue Vereinigung der Darmenden mit der anliegenden Darmwand, damit keine Recessus entstehen, in denen sich Koth aufsammeln könnte, und um einer wei-

teren Invagniation und etwaigen Verlegung der Fistelöffnung vorzubeugen. Nach einer solchen Vereinigung wird auf beiden Darmschlingen je ein Schnitt von 4—8 cm. Länge geführt, welcher die Serosa, Muscularis und Submucosa trennt, und eine zweite Etage von Knopfnähten angelegt. Nunmehr wird die Schleimhaut gespalten, die sich vorwulstenden Ränder derselben werden abgetragen und die Schleimhautwundränder mit fortlaufender Catgutnaht vereinigt. Auf diese Weise ist die Vereinigung der hinteren Wundränder hergestellt; die der vorderen erfolgt ebenfalls durch drei Nahtreihen, aber in umgekehrter Reihenfolge. Diese Operation dauert nach *Braun's* Angabe im Mittel 15—25 Minuten, während *Senn* für seine 20 Minuten beanspruchte. Sein Verfahren wandte *Braun* in zehn Fällen an, von denen fünf letal verliefen und fünf genasen. Die zur Autopsie gelangten Fälle waren für die Beurteilung der Technik von sehr grosser Wichtigkeit. Es hat sich herausgestellt, dass der Tod unabhängig von der Naht erfolgte; dass die Naht überall gut festhielt; dass die Öffnung hinreichend weit war, und dass der Darm keine Spur von Gangrän oder Neigung zur Perforation aufwies. Die geheilten Fälle dagegen fühlten sich noch Monate lang nach der Operation vollkommen wohl, und es sind niemals irgend welche Stenosenerscheinungen aufgetreten. Auf Grund dieser eigenen Beobachtungen stellte *Braun* folgende Indikationen auf zur Anastomosenbildung als Ersatz der circulären Darmnaht:

1) sehr ungleiche Weite der beiden nach Resektion zu vereinigenden Darmenden;

2) feste Verwachsung der Darmschlingen mit der Umgebung;

3) Resektion des untersten Endes des Ileum;

4) bedeutende Enge beider Darmlumina.

Um bei der Anastomosenbildung die Naht überhaupt zu vermeiden, konstruierte sich der amerikanische Chirurg *Murphy* einen Anastomosenknopf von 2 cm. Durchmesser und nannte denselben „button.“ derselbe besteht aus zwei pilzförmigen Näpfchen, aus welchen je ein hohler Cylinder hervorragt, von denen der eine der männliche, der andere der weibliche genannt wird. Der männliche wird in den weiblichen hineingeschoben und hält sich mit zwei seitlich angebrachten Sperrfedern in dem Schraubengewinde des letzteren fest, so dass beide Teile nur durch zurückschrauben aus einander genommen werden können. Zur Sicherung des Druckes hat *Murphy* bei dem weiblichen Knopfteil noch einen Metallring mit einer darunter, im Grunde des Näpfchens, liegende Spiralfeder angebracht. Diese Vorrichtung komprimiert noch für sich die dazwischen liegende Gewebsteile und sichert die Abstossung. Die Operation gestaltet sich in folgender Weise:

Um die zu vereinigenden Darmenden bei Quertrennung oder Schlitze bei seitlicher Anastomosenbildung wird eine Tabaksbeutelnaht angelegt und, nach Einführung des Knopfnäpfchens in den Darm, so zusammengezogen, dass die Wundränder des Darmes über den Rand des Näpfchens bis an den Cylinder herangezogen werden. Schiebt man jetzt die beiden Cylinder in einander, so schnappen die beiden seitlichen Sperrfedern des männlichen in das Gewinde des weiblichen; und das zwischen die Ränder des Näpfchen geschaltete Gewebe wird zusammengedrückt. Die Stärke der Kompression hängt ab von dem stärkeren oder schwächeren Zusammenpressen der Knopfteile; und es ist von grosser Wichtigkeit, hierbei das richtige Maass zu treffen.

Murphy erprobte seine Methode erst an zahlreichen Tierversuchen und wandte dieselbe dann beim Menschen an. Er gebrauchte seinen Anastomosenknopf zunächst in drei Fällen von Cholecysto-duodenostomie und erzielte günstige Erfolge; die Operation dauerte durchschnittlich 12—21 Minuten. Ähnliches Prinzip verfolgte *Remangé* mit seinen Aluminiumringen. Bis jetzt hat er aber sein Verfahren, welches er mit Enteroplexie bezeichnete, nur bei einigen Schweinen mit Erfolg ausgeübt. *Murphy* empfiehlt seinen „Button" ausser für Cholecysto-duodenostomie auch für Gastro- und Enteroenterostomie. *Murphy's* Verfahren wurde von verschiedenen Autoren angewendet. So operierte *Barbat* in einem Falle von Pyloruscarcinom nach demselben und lobte vor allem die ausserordentliche kurze Dauer der Operation, so dass die Bauchhöhle nur etwa 6 Minuten offen zu sein brauchte. Der Knopf ging nach 29 Tagen ab, und die Operierte befand sich ganz wohl. Nach dem später eingetretenen Tode fand man die Kommunikationsöffnung für zwei Finger durchgängig, die Vereinigung der komprimierten Darmteile vollkommen und keinerlei peritonitische Erscheinungen. In dem von *Keen* publicierten Falle ging der Knopf am 12 Tage ab. Der Tod erfolgte sieben Wochen p. op. an Perforation eines Dickdarmgeschwüres. Die Sektion ergab, dass eine vollständige Vereinigung der anastomosierenden Darmenden eingetreten war, und dass die Kommunikationsöffnung nur noch die Weite von 1 cm. hatte, während der Knopf im Durchmesser 2 cm. gemessen hatte. *Keen* sprach die Vermutung aus, dass die Schrumpfung noch weiter zugenommen und den Erfolg der Operation in Frage gestellt hätte. *Rosenstirn* wandte *Murphy's* Knopf in einem Falle von Cholecystoduodenostomie an. Anfangs erging es dem Patienten ganz

wohl, später trat Verfall der Kräfte ein und Patient starb zwei Wochen p. op. Bei der Autopsie stellte es sich heraus, dass die Vereinigung zwischen Gallenblase und Zwölffingerdarm ausgeblieben war, und dass namentlich die Öffnung im Darme weit klaffte. In einer abgesackten Falte waren einige Tropfen Eiter. Neuerdings veröffentlichte *Murphy* im „Intertinal Approximation“ etc. *By Murphy* M. D. in „The Chicago Clinical Review Juni 1894“ vierunddreissig nach seiner Methode in den vereinigten Staaten Nord-Amerikas operierte Fälle, unter welchen allerdings einige auch tötlich verliefen. Bei dieser Gelegenheit beschrieb er einen Knopf von länglicher Gestalt, welchen er „button oblong for lateral anartomose“ nannte und speciell für seitliche Anastomosenbildung empfahl.

Durch die Güte des Herrn Sanitätsrat *Dr. Zielewicz*, dirigierenden Arztes der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der barmherzigen Schwestern in Posen, bin ich in die Lage versetzt, drei neue Fälle zu veröffentlichen, von denen die beiden ersten nach der *Murphy'schen*, der dritte nach der *Braun'schen* Methode von ihm operiert wurden.

I. Fall.

Der 38-jährige Bahnwärter V. K. aus L. in Posen fand am 21. Juli 1893 Aufnahme im genannten Krankenhause wegen häufigen Erbrechens und Schmerzen in der Magengegend. Durch die Untersuchung wurde in der Regio epigastrica, rechts von der Linea alba, ein kleinapfelgrosser Tumor festgestellt, welcher mit der Lagerveränderung des Körpers auch seinen Sitz änderte und auf Druck schmerzhaft erschien. Die Entleerung des Magens mit der Magenpumpe ergab reichlich unverdaute Speisereste; Salzsäure war

in dem Mageninhalt nicht nachweisbar. Die Diagnose wurde auf Carcinoma ventriculi gestellt, und am 25. Juli 1893 Gastro-enterostomie mit dem *Murphy'schen*, direkt aus Chicago bezogenen Anastomosenknopf ausgeführt. Das Befinden des Patienten in den ersten Tagen nach der Operation war ganz gut. Anfangs wurde er nur mit Milch esslöffelweise ernährt, am 5. Tage erhielt er daneben etwas Fleischbrühe und Cognac. Plötzlich bekam er am 31. Juli um 3 Uhr nachmittags aus unbekannter Ursache heftige Leibschmerzen und zeigte um 5 Uhr bereits verfallenes Gesicht, Kälte der Extremitäten und allgemeinen Collaps. Am 1. August um $4^1/_2$ Uhr morgens trat Erbrechen ein und bald darauf der Exitus letalis. Es wurde Sektion gemacht. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleerten sich reichlich Gase aus derselben. *Murphy's* Knopf lag frei in der Bauchhöhle, nur an dem Faden hängend, mit welchem die Tabaksbeutelnaht um die Dünndarmwunde angelegt wurde. Das Loch im Magen war scharf ausgeschnitten; die Circumferenz des Knopfes bedeutend übertreffend; die Umgebung der Dünndarmöffnungen war vielfach eingerissen. In der Bauchhöhle befand sich viel Koth und Speisereste. Patient verlag einer allgemeinen septischen Peritonitis perforativa. Nachträglich stellte es sich heraus, dass der K. eine grössere Portion Leberwurst heimlich von seinem Bruder zugesteckt erhielt und verzehrt hatte.

II. Fall.

Das 20 jährige Dienstmädchen M. N. aus K. bei Posen litt seit sechs Wochen an starken Icterus, der allabendlich von fieberhaften Temperaturen begleitet war. Bei der Aufnahme am 31. August 1893 fand man rechts, neben der Linea alba, in der Höhe des Nabels einen faustgrossen, be-

weglichen, harten Tumor, welcher für die Gallensteine enthaltende, vergrösserte Gallenblase angesehen werden konnte. Am 1. September 1893 wurde Laparotomie gemacht. Es erwies sich, dass der Tumor vom Omentum majus ausging und mit dem Colon breit und unlösbar verwachsen war. Um die Extirpation zu ermöglichen, wurde das stark erweiterte Colon reseciert und die Darmlumina mit *Murphy* vereinigt. Der Knopf stellte sich als zu klein heraus, die Darmenden mussten gefaltet in denselben hineingezwängt werden. Nach der Operation klagte Patientin über Schmerzen im Leibe, erbrach häufig schleimige Flüssigkeit und wurde vom Singultus gequält. Es entwickelte sich bald starker Meteorismus und unter zunehmenden Kräfteverfall trat am 7. September 1893 Exitus letalis ein. Bei der Sektion stellte es sich heraus, dass der Knopf nachgegeben hat; ausserdem fand sich in der Bauchhöhle noch ein zweiter Tumor. Beide wurden bei der mikroskopischen Untersuchung als Rundzellen sarcome erkannt.

III. Fall.

Patient, der 47-jährige Koch R. W. aus Posen wurde am 13. Juli 1894 von der inneren Abteilung des genannten Krankenhauses, wo er bis dahin — sechs Wochen lang — wegen Ileus und Obstipation ohne nachweisbare Ursache behandelt wurde, in einem sehr schlächten Ernährungs- und Kräftezustande nach der chirurgischen verlegt. Bei der Verlegung war der Bauch stark aufgetrieben und schmerzhaft. Der Meteorismus war nicht gleichmässig über das Abdamen verteilt, sondern es war hauptsächlich die Nabelgegend von demselben betroffen. Der Stuhl war seit sechs Wochen nur durch starke Laxantien in sehr geringer Menge zu erzwingen; zuletzt fehlte er gänzlich. Während der ganzen Zeit

bestand Ileus. Ein bestimmter Anhaltspunkt liess sich für diese pathologischen Erscheinungen nicht feststellen, obgleich bei der Palpation eine stärkere Resistenz in der rechten Fossa iliaca nicht zu verkennen war. Trotzdem der Patient vielfach auf die Erfolglosigkeit der inneren Behandlung aufmerksam gemacht, und ihm dringend eine Operation angeraten wurde, so entschloss er sich erst im letzten Augenblick zu einer solchen. Am 14 Juli 1894 wurde Laparotomie gemacht. Das Colon, von den meteoristisch aufgetriebenen Dünndarmschlingen vollständig überdeckt, war sehr atrophisch, fast nur daumendick; in der Bauchhöhle befand sich freie, seröse Flüssigkeit und in der rechten Fossa iliaca ein zweifaustgrosser, harter Tumor, vom Blinddarm ausgehend. Nachdem der Darm behufs Entleerung der Gase und der Fæces eingeschnitten worden, wurde das Cœcum in seiner ganzen Ausdehnung reseciert. Die Darmenden wurden vermittelst Anastomosenbildung nach der *Braun'schen* Methode vereinigt mit dem Unterschiede, dass statt der Knopfnaht die Kürschnernaht angewendet wurde. Patient hat die Operation überstanden, starb aber 13 Stunden nach derselben an Erschöpfung. Die Sektion zeigte, dass die Naht gut festhielt, und dass das Mesenuterim, sowie die Leber von zahlreichen Krebsknoten durchsetzt waren.

IV.

Murphy's Anastomosenknopf hat unzweifelhaft den Vorteil, dass die Operation recht schnell beendet wird, und dadurch die Nachteile der langen Narkose namentlich bei körperlich heruntergekommen Individuen vermieden werden. Der Erfolg der Operation ist jedoch selbst in geschickten Händen

nicht immer sicher, was die von *Murphy* publicierten, tötlich verlaufenen Fälle beweisen. Ausser der Eventualität, dass die Verwachsung der komprimierten Darmteile ausbleibt, bestehen noch weitere Bedenken gegen die Anwendung des Knopfes darin, dass derselbe sich auch nach der verkehrten Seite loslösen, so z. B. in den Magen oder das centrale Darmende gelangen, sowie dass er vermöge seiner Grösse zu Einklemmungserscheinungen führen kann. Auch würde ein Diätfehler am siebenten Tage nach der Operation bei einer sorgfältig angelegten Etagennaht schwerlich so üble Folgen nach sich ziehen, wie dies bei dem ersten nach *Murphy* operierten Patienten der Fall war. Die exakte Wirkung dieses Knopfes ist demnach von soviel Umständen abhängig, dass dieselbe sich nie mit Gewissheit voraussehen lässt. Trotz aller dieser Nachteile der *Murphy'schen* Methode lässt sich heute noch kein definitives Urteil über dieselbe fällen. Ausser den von verschiedenen Autoren vereinzelt publicierten Fällen, fehlt es bis jetzt an systematisch durchgeführten Versuchen; namentlich findet man in der Literatur keine diesbezügliche Mitteilungen seitens deutscher Chirurgen, obgleich das reiche, statistische Material, welches *Murphy* veröffentlicht hat, zu Versuchen hätte anregen sollen. In Nord-Amerika findet diese Methode immer mehr Anklang. So teilt *W. Meyer* im „Centralblatt für Chirurgie" (1894 Nr. 37.) wiederum einige nach derselben operierte Fälle mit. Will man gegenwärtig nach einem Ersatz der circulären Darmnaht suchen, so ist die Anastomosenbildung nach der *Braun'schen* Methode bis jetzt am ehesten berufen, ihre Stelle einzunehmen. Dieses Operationsverfahren ist etwas langwieriger als das *Murphy'sche*, hat aber vor demselben den Vorzug der fast absoluten Sicherheit im Erfolge. Im Ver-

gleich mit der circulären Darmnaht, nimmt die Anastomosenbildung nach *Braun* weniger Zeit in Anspruch, ist leichter ausführbar nnd ebenso zuverlässig.

Zum Schluss sei es mir gestattet dem Herrn Sanitätsrat *Dr. Zielewicz* für die Überweisung des Themas, sowie für die gütige Unterstützung bei der Bearbeitung desselben an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Ignatz Maćkiewicz, Sohn des Lehrers Michael Maćkiewicz und seiner Ehefrau Francisca geb. Śliwińska, katholischer Confession, bin geboren am 24. Juli 1864 in Turwia (Turew), Kreis Kosten, Regierungsbezirk Posen. Den ersten Unterricht erhielt ich von meinem Vater. Zu Ostern 1875 wurde ich in die Sexta der Königl. Gymnasiums zu Schrimm aufgenommen und verliess dasselbe am 3. September 1885 mit dem Zeugnis der Reife. Im April 1886 bezog ich die Universität Breslau und wurde bei der medizinischen Fakultät immatrikuliert. Am 5. Juni 1888 bestand ich daselbst das Tentamen physicum. Von 1. October 1888 bis 31. März 1889 diente ich als Einjährig-Freiwilliger mit der Waffe bei der 4. Komp. Grenadier Regiments, Kronprinz Friedrich Wilhelm (2 Schles.) Nr. 11 in Breslau und wurde am 30. März zum überzähligen Gefreiten befördert. Anfangs des Wintersemesters 1889 siedelte ich nach Greifswald über, um dort die Studien fortzusetzen, und bestand daselbst am 1. Juli 1891 die ärztliche Staatsprüfung. Vm 1. November 1891 bis 1. August 1893 war ich Assistent des Sanitätsrates *Dr. Ossowidzki* in Oranienburg bei Berlin. Am 15. August desselben Jahres wurde ich als einjährig-freiwilliger Arzt beim Infanterie Regiment »General Feldmarschall Prinz Friedrich Karl von Preussen« (8. Brand). Nr. 64 in Prenzlau eingestellt, und am 1. September in das Infanterie Regiment »Graf Kirchbach« (1. Niederschl). Nr. 46 in Posen versetzt. Vom 15. Februar bis 28. März 1894 leistete ich eine freiwillige sechswöchentliche Übung ab beim Posenschen Feld-Artillerie Regiment Nr. 20 als Unterarzt der Reserve und wurde

laut Allerhöchster Kabinetsordre vom 23. Mai 1894 zum Assistenzarzt II. Klasse der Reserve befördert. Seit dem 1. Juni 1894 praktiziere ich als Arzt in Jersitz bei Posen.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren:

In Breslau:

Hasse, Heidenhain, Roux, Cohn, Löwig (†), Meyer, Nehring, Biermer (†), Fischer, Fritsch, Fränkel, Neisser, Partsch.

In Greifswald:

Grawitz, Helferich, Krabler, Löffler, Mosler, Pernice, v. Preuschen, Peiper, Schirmer, Schulz, Strübing.

Allen diesen Herren spreche ich an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank aus.

Literatur.

1) *Hüter-Lossen:* II. Band. Chirurgische Krankheiten der Bauch- und Beckenhöhle.
2) *Heinrich Braun:* Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, XXI. Congross 1892.
3) *Zielewicz:* Zur Chirurgie der Bauchhöhle. 1888.
4) „ Die Chirurgie im Dienste der inneren Medicin. 1886.
5) *Rydygier:* Zur Magen-Darmresection. 1894.
6) „Centralblat für Chierurgie. Jahrgang 1893", Nr. 22, 28, 40.
7) *Chapút:* Technique et Indication des opérations sur l'intestin. 1892.
8) *Murphy:* Cholecyste intestin etc. anastomose. New-York 1892.
9) „ Intestinal Approximation etc. Chicago 1894.